

herniorrhaphy for the treatment of femoral hernias [J]. Surgery, 2010, 148(5):976-991.

- [11] 宋学民, 黄世锋. 超普疝装置和普理灵疝装置修补腹股沟疝的对比[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(21):3873-3876.
- [12] 刘磊, 王成宏, 丁锐, 等. 腹股沟疝无张力修补术后并发症的多发因素分析[J]. 中华疝和腹壁外科杂志:电子版, 2014, 8(3):207-209.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 欧阳勇. 超普疝装置双层补片修补术治疗腹股沟嵌顿疝术后并发症影响因素分析[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(8):1205-1208. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.031

Cite this article as: OUYANG Y. Risk factors of complications of Ultra hernia system (UHS) double patch repair for incarcerated inguinal hernia[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(8):1205-1208. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.031



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.032

http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.032

Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(8):1208-1209.

· 病案报告 ·

肝包虫并发支气管胆瘘 1 例

赵春选

(甘南藏族自治州人民医院 普通外科, 甘肃 合作 747000)

关键词 胆瘘 / 继发性; 支气管瘘; 肝包虫病; 病例报告
中图分类号: R657.4

患者 男, 28 岁。长期牧区生活, 因右侧胸部隐痛 20 余天, 咯黄染痰液 10 d, 伴胸闷入院, 既往 13 岁时行肝包虫内囊摘除术。入院时体温 37 ℃, 呼吸 102 次/min, 血压 110/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 呼吸 22 次/min。右侧胸廓饱满, 肋间隙增宽, 右侧中下肺语颤明显减弱, 叩之右下肺呈浊音, 右下肺呼吸音消失。腹部平, 右上腹纵行手术瘢痕, 长约 7 cm, 腹软, 右上腹轻度压痛, 肝下缘在右侧肋缘下 3 cm。X 线胸部拍片检查提示: 胸腔积液 (图 1)。彩超检查提示: (1) 肝包虫囊肿; (2) 其他病变; (3) 肝脏形态失常, 轮廓欠清晰, 回声不均匀 (图 2)。

CT 检查提示: (1) 右侧胸膜炎伴包裹性胸腔积液; (2) 右侧胸腔囊性病变 (图 3)。实验室检查: 白细胞 $11.1 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.68; 总胆红素 12.3 $\mu\text{mol/L}$, 谷丙转氨酶 48 U/L, 谷草转氨酶 29 U/L。诊断: (1) 肝包虫并发支气管胆瘘; (2) 右侧胸腔积液。



图 1 右侧胸腔积液

患者入院后第 7 天, 在气管插管全麻下行剖腹探查术, 开放式外囊次全摘除术 (内囊摘除术 + 肝包虫外膜内外囊次全切除术), 右侧胸腔闭式引流术。取右侧肋缘下斜切口, 长约 14 cm, 依层进腹, 探查

见肝右叶顶部有约 8 cm × 5.5 cm 大小囊性肿物, 与大网膜有粘连, 分离周围粘连, 适当游离肝脏后, 显露囊肿壁, 并用大纱布垫隔离囊壁与腹腔及穿刺周围肝脏, 以防手术过程中可能造成的囊液及原发头节外溢。用 5 mL 空针穿刺后见黄色液体, 迅速吸出囊液, 用 Alice 钳在穿刺部位提起外囊壁, 两钳中间切开, 吸尽囊液, 注满 20% 高渗盐水, 浸泡 10 min, 以杀灭原头节, 再吸出包虫囊肿内的液体, 同时嘱麻醉师保持呼吸道通畅。取出内囊及子囊, 用纱条反复擦拭囊壁, 见纱条有黄染。适度剪去外囊壁, 以缩小残腔, 发现外囊壁有一胆瘘口, 胆汁流出, 确定并缝合胆瘘口。生理盐水局部冲洗, 因内囊摘除后, 外囊腔内压力消失, 膈肌瘘口有气泡溢出, 确定后立即先以纱条压迫, 以防漏气引起缺氧及血性液体溢入气管, 造成呼吸道阻塞, 及时缝合支气管瘘, 缝针勿过深, 以防止刺破血管, 引起大出血, 待支气管瘘缝闭后, 外

收稿日期: 2015-01-04;

修订日期: 2015-06-03。

作者简介: 赵春选, 甘南藏族自治州人民医院主治医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 赵春选, Email: gsgnzt@126.com

囊腔内注入少量盐水,请麻醉师做气管内吹气,检查无漏气,再次生理盐水及甲硝唑液冲洗残腔,包虫残腔处放置乳胶管外引流,自右侧腹壁引出固定。于右侧腋后线第8肋间放置胸腔闭式引流管接引流瓶,



图2 超声影像显示肝包虫囊肿

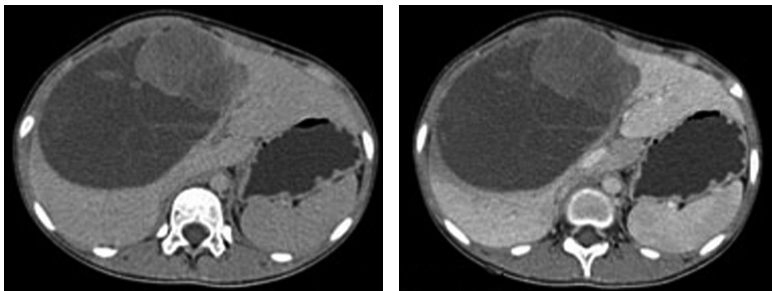


图3 CT检查影像

讨论 肝包虫支气管胆瘘形成的机制:肝包虫的外囊壁是由肝组织增生形成的,囊壁中包埋着许多小肝管,由于长期受内囊扩张的压迫,肝管壁萎缩变薄,而在外囊内面出现肝管的盲端,仅剩一层变薄的纤维膜遮盖在盲端,并被膨胀的内囊衬托而保持闭合,一旦发生震动,包虫囊变形,使内外囊壁分离产生间隙,则外囊壁上的肝管盲端的薄膜失去内囊的托扶,或因受肝脏的压力而裂开,则小肝管残端开口于外囊壁的内面,胆汁促使包虫坏死,胆道中的细菌随胆汁漏入包虫囊内而继发感染,形成肝包虫—胆道瘘,引起胆管炎。包虫碎片溢入胆道,堵塞胆总管,则并发梗阻性黄疸,感染加重,右上腹疼痛,畏寒发热。肝包虫囊肿多是在继发感染后向胸内穿破。有炎症病变的囊壁刺激膈胸膜可使胸膜腔内有少量的积液和粘连,长时间的炎症刺激可使肝顶、

引流管固定于胸壁。术后48h拔除胸腔闭式引流管。保持包虫残腔处引流管通畅,待引流液清亮,每日引流量 $<10\text{ mL}$,患者无不适,体温、血象正常,B超复查包虫残腔处无积液,于术后第9天拔管,治愈出院。

膈肌、膈胸膜及肺之间形成紧密的粘着。炎症的逐渐浸润冲破以及肝包虫囊肿感染后较高的压力,可使囊壁破入胸内,形成肝-膈-支气管瘘及肺脓肿。诊断依据:(1)有流行区的居住、工作、旅游或狩猎史,或与犬、牛、羊等家养动物或狐狼等野生动物接触史。(2)有刺激性剧烈咳嗽、胸痛,且咯出胆染痰液、黄色包虫碎片,甚至小子囊,包虫囊肿破入胆道引起梗阻,往往合并感染,造成急性梗阻性化脓性胆管炎。(3)彩超检查声像图显示囊壁厚而收缩,外形不规则,囊内可见蜷曲的带状或不规则强回声。毗邻膈肌的囊壁与肝包膜、膈肌粘连增厚,膈肌活动受限,囊肿经膈肌有破口与胸腔相通,胸腔底部可见积液或小子囊回声。(4)肝包虫囊肿的CT基本表现是:境界清楚、边缘光滑的水样密度影,或不均质的回声光团,内部有不规则的液性暗区,子囊的

存在使内囊呈现出“轮辐状”“玫瑰花瓣状”或囊膜剥离征象“飘带状”“双环征”等。增强后本身不强化,但因为周围肝脏实质的强化而显示境界更清楚。(5)MR检查发现肝顶部不规则实性病灶,浸润性生长,边缘欠清,多无灶边水肿;病灶在 $T_1\text{WI}$ 、 $T_2\text{WI}$ 上均以低信号为主,灶内可发生液化坏死,表现为“地图征”。(6)X线片示右肺感染、右侧胸腔积液,右膈抬高或局限性隆起,右膈下可见气液平或气胆征。(7)包虫皮内试验(Casoni试验)及间接血凝试验(Indirect Hemagglutination Test, IHA)阳性。(8)排除其他原因所致的肝、肺等器官占位性疾病。

朱庆丰等^[1]采用胸腹联合切口,清除包虫内囊,经包虫囊腔内修补膈肌瘘口及胆瘘口或切除膈肌窦道,缝合右肺下叶瘘口,右侧胸腔置闭式引流管,包虫囊腔置多孔管引流,常规行胆总管探查,清除胆道异物,置T管引流,降低胆道内压,促使胆瘘愈合。而本病例,我们采用右侧肋缘下斜切口,清除内囊,缝合支气管瘘口及胆瘘口,切除部分外囊壁,使包虫残腔敞开外引流。既缩短了置管时间,又避免了残腔积液。手术创伤小,有利于恢复。而对无包虫内囊破入胆道,引起梗阻者,不需常规行胆道探查,右下肺叶切除更无必要^[2]。实践证明开放式外囊次全摘除、瘘口修补、乳胶管外引流是治疗肝包虫支气管胆瘘的有效方法。

参考文献

- [1] 朱庆丰,余培东.肝包虫囊肿胆道支气管瘘22例诊治体会[J].肝胆外科杂志,1999,7(6):454-455.
- [2] 王海东,徐德征,刘兵.肝包虫引起的胆管支气管瘘的诊治[J].新疆医学,1999,29(4):217-218.

(本文编辑 姜晖)